

Acuerdo para Pagar por Servicios de Salud

Agreement to Pay for Healthcare Services

WAC 182-502-0160 ("Facturar a un cliente")

Este es un acuerdo entre un "cliente" y un "proveedor", según se definen más abajo. El cliente acepta pagar al proveedor por el/los servicio(s) de salud que la Autoridad de Atención Médica (HCA) no pagará. Ambas partes deben firmar este Acuerdo. Para los fines de este Acuerdo, el término "servicios" incluye, entre otras cosas, tratamiento médico, equipos, suministros y medicamentos.

Cliente- es un receptor de beneficios de Medicaid u otro tipo de beneficios de salud a través de la HCA o una organización de atención administrada (MCO) que tiene contrato con la HCA.

Proveedor - es una institución, agencia, empresa o persona que brinda servicios de salud a los clientes de la HCA y que ha firmado un acuerdo con la HCA o una autorización de una MCO.

Este Acuerdo y el WAC 182-502-0160 se aplican para facturarle a un cliente por servicios cubiertos y no cubiertos, según lo descrito en el WAC 182-501-0050 a través del WAC 182-501-0070. Los proveedores no podrán facturarle a ningún cliente de la HCA (ni siquiera a los inscritos en una MCO que tiene contrato con la HCA) por servicios por los que la HCA o una MCO que tiene contrato con la HCA pudieran haber pagado hasta que el proveedor haya cumplido con todos los requisitos para obtener autorización.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PROVEEDOR	NÚMERO DEL PROVEEDOR

Instrucciones:

- Tanto el proveedor como el cliente deben completar este formulario por completo **antes** que un cliente de HCA reciba cualquier servicio para el cual se requiere este acuerdo.
- Usted debe completar este formulario dentro de 90 días calendario antes de la fecha del servicio. Si el servicio no se brinda en el plazo de 90 días calendario, el proveedor y el cliente deben completar y firmar un nuevo formulario.
- El proveedor y el cliente deben completar este formulario sólo **después** de que agoten todos los procesos aplicables a una HCA o a una MCO que tiene contrato con una HCA, los cuales son necesarios para obtener la autorización para el/los servicio(s) solicitado(s). Estos pueden incluir el proceso de excepción a la regla (ETR) para servicios no cubiertos, según lo descrito en el WAC 182-501-0160 o el proceso de audiencia administrativa, si el cliente elige llevar adelante estos procesos.
- Los clientes con manejo limitado del inglés (LEP) deben poder comprender este formulario en su lengua materna. Esto puede incluir un formulario traducido o la interpretación del formulario. Si el formulario es interpretado para el cliente, el intérprete también debe firmar y colocar la fecha al formulario. Tanto el cliente como el proveedor deben firmar un formulario traducido.

Complete en su totalidad el cuadro que aparece en la parte posterior de este formulario. De ser necesario, adjunte otra hoja para servicios adicionales. El cliente, el proveedor y el intérprete (si aplica) deben firmar y colocar la fecha en cada página adicional.

Aviso importante de la HCA:

- Este acuerdo será anulado y no exigible si el proveedor no cumple con los requisitos de este formulario y del WAC 182-502-0160 o si no satisface las condiciones de pago de la HCA según lo descrito en el Código Administrativo de Washington (WAC) y en las Instrucciones de Facturación. El proveedor debe rembolsar al cliente el monto total de lo abonado por éste.
- Consulte el WAC 182-502-0160(9) para obtener una lista de servicios que no pueden ser facturados a un cliente, independientemente de lo estipulado en un acuerdo escrito.
- Conserve el acuerdo original en la historia clínica del cliente durante 6 años a partir de la fecha de firma del acuerdo. Proporcione una copia de este acuerdo completado y firmado al cliente.
- Los proveedores tienen la responsabilidad de proveer la traducción o interpretación de este formulario y su contenido a los clientes LEP. Los formularios traducidos se encuentran disponibles en <http://hrsa.dshs.wa.gov/mpforms.shtml>.

SERVICIO(S) O MATERIAL(ES) ESPECÍFICO(S) A SER PROVISTO(S) Y FECHA ANTICIPADA DE SERVICIO	CÓDIGO CPT/CDT/ HCPC (CÓDIGO DE FACTURACIÓN)	MONTO A SER PAGADO POR EL CLIENTE	RAZÓN POR LA QUE EL CLIENTE ACEPTA SER FACTURADO (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA SERVICIO)	ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTOS CUBIERTOS OFRECIDOS PERO NO ELEGIDOS POR EL CLIENTE	FECHA(S) EN LA QUE LA ETR/NFJ SE SOLICITA/RECHAZA O SE DEJA SIN EFECTO, O EN LA QUE LA AUTORIZACIÓN PREVIA (PA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) SE SOLICITA/RECHAZA, SI APLICA	
			<input type="checkbox"/> Servicio no cubierto <input type="checkbox"/> Servicio no cubierto, ETR sin efecto <input type="checkbox"/> Medicamentos que no están en el formulario, no aplica NFJ <input type="checkbox"/> Cubierto, pero rechazado por no ser necesario desde el punto de vista médico <input type="checkbox"/> Cubierto, pero de tipo específico no pagado <input type="checkbox"/> Medicamento ordenado, prescrito o referido por un médico licenciado no inscrito		ETR SOLICITADA O SIN EFECTO	ETR RECHAZADA (ADJUNTAR AVISO DE LA HCA)
			<input type="checkbox"/> Servicio no cubierto <input type="checkbox"/> Servicio no cubierto, ETR sin efecto <input type="checkbox"/> Medicamentos que no están en el formulario, no aplica NFJ <input type="checkbox"/> Cubierto, pero rechazado por no ser necesario desde el punto de vista médico <input type="checkbox"/> Cubierto, pero de tipo específico no pagado <input type="checkbox"/> Medicamento ordenado, prescrito o referido por un médico licenciado no inscrito		PA SOLICITADA	PA RECHAZADA (ADJUNTAR AVISO DE LA HCA)
			<input type="checkbox"/> Servicio no cubierto <input type="checkbox"/> Servicio no cubierto, ETR sin efecto <input type="checkbox"/> Medicamentos que no están en el formulario, no aplica NFJ <input type="checkbox"/> Cubierto, pero rechazado por no ser necesario desde el punto de vista médico <input type="checkbox"/> Cubierto, pero de tipo específico no pagado <input type="checkbox"/> Medicamento ordenado, prescrito o referido por un médico licenciado no inscrito		ETR SOLICITADA O SIN EFECTO	ETR RECHAZADA (ADJUNTAR AVISO DE LA HCA)
			<input type="checkbox"/> Servicio no cubierto <input type="checkbox"/> Servicio no cubierto, ETR sin efecto <input type="checkbox"/> Medicamentos que no están en el formulario, no aplica NFJ <input type="checkbox"/> Cubierto, pero rechazado por no ser necesario desde el punto de vista médico <input type="checkbox"/> Cubierto, pero de tipo específico no pagado <input type="checkbox"/> Medicamento ordenado, prescrito o referido por un médico licenciado no inscrito		PA SOLICITADA	PA RECHAZADA (ADJUNTAR AVISO DE LA HCA)
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que la HCA o que una MCO que tiene contrato con la HCA no pagará por el/los servicio(s) específico(s) solicitado(s) debido a una de las siguientes razones, tal como se indica en la tabla anterior: 1) HCA no cubre el/los servicio(s); 2) el/los servicio(s) fue/fueron rechazado(s) por no ser necesario(s) para mí desde el punto de vista médico, o 3) el/los servicio(s) está(n) cubierto(s), pero el tipo de servicio que solicité no lo está. Entiendo que, aunque podría no hacerlo, puedo: 1) solicitar una Excepción a la Regla (ETR) después de que la HCA o una MCO que tiene contrato con la HCA rechazó la solicitud de un servicio no cubierto; 2) presentar una Justificación de fuera del formulario (NFJ) con la ayuda de mi prescriptor sobre un medicamento fuera del formulario; o 3) solicitar una audiencia para apelar el rechazo por parte de la HCA o una MCO que tiene contrato con la HCA de un servicio solicitado. Este proveedor me ha informado cabalmente acerca de todos los tratamientos médicamente adecuados disponibles, incluso los servicios que pueden ser pagados por la HCA o una MCO que tiene contrato con la HCA, pero aún elijo obtener el/los servicio(s) especificado(s) anteriormente. Entiendo que la HCA no cubre los servicios solicitados, prescritos o que son resultado de una derivación de un proveedor de atención de salud que no tiene un contrato con la HCA como se describe el Capítulo 182-502 WAC. Acepto pagar al proveedor directamente por el/los servicio(s) específico(s) enumerado(s) más arriba. Entiendo que el objetivo de este formulario es permitirme pagar y recibir servicio(s) por el/los que la HCA o una MCO que tiene contrato con la HCA no pagará(n). Este proveedor respondió a todas mis preguntas satisfactoriamente y me ha entregado una copia completa de este formulario. Entiendo que puedo llamar a la HCA al 1-800-562-3022, si deseo recibir información adicional acerca de mis derechos o de los servicios cubiertos por la HCA, bajo pago-por-servicio o atención administrada. 						
DECLARO: Entiendo y acepto el contenido de este formulario, incluso los puntos descritos anteriormente.			FIRMA DEL CLIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE		FECHA	
DECLARO: He cumplido con todas las responsabilidades y requisitos, según lo estipulado en el WAC 182-502-0160.			FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIO(S)		FECHA	
DECLARO: He interpretado con exactitud este formulario, de la mejor manera posible, para el cliente que firma más arriba.			NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y FIRMA DEL INTÉRPRETE		FECHA	